

แบบคำขอให้รับรองว่าเป็นคนพิการที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้

เรียน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....
บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่..... ออกให้โดย.....วันหมดอายุ.....
อาศัยอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....
เป็นผู้ดูแลที่มีชื่อหลังบัตรประจำตัวคนพิการชื่อ นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....
บัตรประจำตัวคนพิการเลขที่..... วันหมดอายุ..... อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....
จังหวัด..... โทรศัพท์.....

มีความพิการประเภท ความพิการทางการเห็น
 ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย
 ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
 ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม
 ความพิการทางสติปัญญา
 ความพิการทางการเรียนรู้
 ความพิการทางออทิสติก

มีความประสงค์ขอให้รับรองว่าคนพิการชื่อ นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....
ว่าเป็นคนพิการที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามข้อ ๑๑ วรรคสอง (๔) แห่งระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและ
พัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการให้สัมปทาน จัดสถานที่จำหน่าย
สินค้าหรือบริการ จัดจ้างเหมาช่วงงานหรือจ้างเหมาบริการโดยวิธีกรณีพิเศษ ฝึกงาน หรือจัดให้มีอุปกรณ์หรือสิ่ง
อำนวยความสะดวก ล่ามภาษามือ หรือให้ความช่วยเหลืออื่นใดแก่คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๘

ลงชื่อ.....ผู้ขอ

(.....)

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ ๑.หน่วยงานของรัฐ/สถานประกอบการที่ไปขอรับสิทธิ(ถ้ามี).....
ที่อยู่.....
โทร.....

๒.แนบพร้อมหลักฐาน ดังนี้

- ๑) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ขอและคนพิการอย่างละ ๑ ฉบับ
- ๒) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขอและคนพิการอย่างละ ๑ ฉบับ
- ๓) ใบรับรองแพทย์หรือหนังสือรับรองจาก ผู้ปกครองท้องถิ่น(กำนัน,ผู้ใหญ่บ้าน)/ ประธานชุมชน/
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ พร้อมกับแนบสำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ / สำเนาบัตร
ประจำตัวประธานชุมชน/สำเนาบัตรประจำตัวพจน.รัฐวิสาหกิจ อย่างใดอย่างหนึ่งจำนวน ๑ ฉบับ

หนังสือรับรองคนพิการที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้

เขียนที่.....

.....

.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ.....นามสกุล.....

เลขที่ประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวข้าราชการ/บัตรประจำตัวพนักงาน เลขที่.....

ออกให้โดย.....วันหมดอายุ.....ตำแหน่ง.....

สังกัด.....อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ซึ่งอาศัยหรือปฏิบัติหน้าที่อยู่ในพื้นที่เดียวกับที่พักอาศัยของคนพิการ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าคนพิการชื่อ นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ.....

มีลักษณะความพิการ.....

ซึ่งความพิการดังกล่าวทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ตามตามข้อ ๑๑ วรรคสอง (๔) แห่งระเบียบ
คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการให้
สัมปทาน จัดสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ จัดจ้างเหมาช่วงงานหรือจ้างเหมาบริการโดยวิธีกรณีพิเศษ ฝึกงาน
หรือจัดให้มีอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวก ล่ามภาษามือ หรือให้ความช่วยเหลืออื่นใดแก่คนพิการหรือผู้ดูแล
คนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๘

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยานเป็นสำคัญ

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หมายเหตุ :

- ผู้ที่สามารถให้การรับรองตามหนังสือฉบับนี้ได้แก่ ผู้ปกครองท้องที่(กำนัน,ผู้ใหญ่บ้าน)/ ประธานชุมชน /

ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ

- แนบสำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ /พนักงานฯ/ ประธานชุมชน พร้อมกับรับรองสำเนา
- การรับรองเอกสารอันเป็นเท็จมีความผิดตามกฎหมายทั้งทางแพ่งและทางอาญา